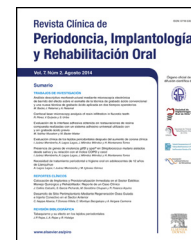




## Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral

[www.elsevier.es/piro](http://www.elsevier.es/piro)



### REPORTE CLÍNICO

## Fibroma osificante periférico de establecimiento precoz: reporte de un caso

Rafaela Cristina Costa Carlos, Gabriela Schumacher de Camargo,  
Cristina Berrocal Salazar, Cassius Carvalho Torres-Pereira y José Miguel Amenábar\*

*Departamento de Estomatología, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil*

#### PALABRAS CLAVE

Fibroma osificante;  
Diagnóstico  
diferencial;  
Biopsia;  
Infante

#### KEYWORDS

Ossifying fibroma;  
Diagnosis;  
Biopsy;  
Child

**Resumen** El fibroma osificante periférico (FOP) es una hipertrofia benigna de los tejidos. Se localiza en la región de la papila interdental, proveniente de células que derivan del ligamento periodontal. Generalmente mide menos de 1,5 cm de diámetro, siendo muy raro en recién nacidos. El objetivo de la presentación de este caso clínico es describir un caso de FOP en un bebé de 6 meses de edad. La niña presentaba una lesión nodular localizada en la mucosa gingival, en el área de incisivos inferiores, de aproximadamente 1,5 cm diámetro, de consistencia firme, lisa, y coloración igual a la de la mucosa subyacente. Un diente neonatal había sido removido a los 2 meses de nacida. El FOP es una lesión poco común y que raramente puede encontrarse en bebés menores de un año de edad; por este motivo es importante realizar el diagnóstico adecuado, para evitar cualquier complicación debido a su establecimiento precoz y rápido crecimiento. © 2016 Sociedad de Periodoncia de Chile, Sociedad de Implantología Oral de Chile y Sociedad de Prótesis y Rehabilitación Oral de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### Early onset peripheral ossifying fibroma: Presentation of a case

**Abstract** The peripheral ossifying fibroma (POF) is a rare, reactive and inflammatory gingival overgrowth, arising on the interdental papilla, from cells derived of the periodontal ligament. Usually its diameter is less than 1.5 cm. It's uncommon in newborns, frequently occurring in teenagers and young adult. The purpose of this report is to describe a case of FOP in a six months old baby. She had a nodular lesion, located on the gingival mucosa of the lower incisor area, of approximately 1.5 cm; it was firm, smooth, pedunculated, with an equal color of the underlying mucosa. A neonatal tooth had been removed four months back. Although FOP is a rare injury, it can be found in infants with less than one year of age, which is why it is important

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [jamena@gmail.com](mailto:jamena@gmail.com), [jamena@ufpr.br](mailto:jamena@ufpr.br) (J.M. Amenábar).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.04.004>

0718-5391/© 2016 Sociedad de Periodoncia de Chile, Sociedad de Implantología Oral de Chile y Sociedad de Prótesis y Rehabilitación Oral de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Costa Carlos RC, et al. Fibroma osificante periférico de establecimiento precoz: reporte de un caso. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.04.004>

to make the right diagnosis, and an opportune treatment, to avoid further complications due to its early establishment and rapid growth.

© 2016 Sociedad de Periodoncia de Chile, Sociedad de Implantología Oral de Chile y Sociedad de Prótesis y Rehabilitación Oral de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

El fibroma osificante periférico (FOP) es una hipertrofia de los tejidos blandos, no neoplásica, poco frecuente y de naturaleza reactiva e inflamatoria. Se localiza en la papila interdental, proveniente de células que derivan del ligamento periodontal, y surge como respuesta a un trauma o a un irritante local<sup>1</sup>. En la literatura puede ser encontrado con diferentes nombres, tales como: granuloma fibroblástico calcificante, epulis fibroso, fibroma periférico con calcificación, epulis fibroso calcificante, epulis fibroso osificante, fibroma cementificante periférico, granuloma piógeno osificante con mineralización, fibroma periférico con calcificación y granuloma fibroblástico con calcificación<sup>2</sup>.

Clinicamente se trata de una masa nodular única, de crecimiento lento, con límites nítidos, de consistencia firme, de base sésil o pediculada, y localizada con más frecuencia en la región anterior de la maxila<sup>3</sup>. Por lo general mide menos de 1,5 cm de diámetro, puede presentar coloraciones que van del rosado al rojo, y la superficie de la lesión puede estar ulcerada y eritematosa<sup>4</sup>.

Este tipo de lesión es más común en mujeres y puede ocurrir a cualquier edad, con mayor incidencia entre la segunda y tercera décadas de vida, desde los 10 a los 19 años aproximadamente, llevando a pensar que los factores hormonales puedan estar involucrados en su etiología<sup>5</sup>. Sin embargo, la literatura muestra que el FOP es una de las lesiones gingivales más raras, representando un 9% de todos los crecimientos gingivales y el 3,1% de los tumores orales<sup>4,6</sup>.

Su diagnóstico incluye la inspección clínica<sup>3</sup> y es confirmado a través de un análisis histopatológico<sup>7</sup>. El tratamiento de elección consiste en la remoción quirúrgica, seguida por la eliminación de los irritantes locales y el curetaje del tejido adyacente<sup>1,8</sup>.

El propósito de este trabajo es presentar el caso de un FOP encontrado en una niña de 6 meses de edad. Se discuten algunas características del diagnóstico diferencial y el tratamiento definitivo, resaltando el establecimiento precoz de la lesión.

## Caso clínico

Mujer de 6 meses de edad, fue llevada por su madre a la disciplina de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Paraná. La queja principal de la madre era la presencia de dolor en sus pezones durante el amamantamiento, debido a la presencia de un aumento de volumen en el reborde alveolar anteroinferior del bebé.



**Figura 1** Nódulo de aproximadamente 1,5 cm, localizado en el reborde alveolar inferior anterior.

La lesión fue percibida cuando la paciente tenía 2 meses de edad. Además, la madre comunicó la presencia de un diente neonatal en la misma región, el cual había sido extraído en ese momento. El bebé no tomaba ningún medicamento ni presentaba algún problema de salud.

Durante el examen intraoral se observó un nódulo único, cilíndrico, de aproximadamente 1,5 cm, localizado en el reborde alveolar inferior anterior, correspondiendo a la región de los incisivos inferiores (fig. 1). Consistía en una lesión de coloración normal al de la mucosa local, con superficie lisa y consistencia fibrosa, pediculada, de límites nítidos y contorno regular. No fue constatada la presencia de factores irritantes locales.

Para poder realizar la biopsia excisional con seguridad, el bebé fue inmovilizado con un chaleco inmovilizador PAPOOSE® (Philadelphia Cervical Co, EE.UU.). Se utilizó anestesia tópica (benzocaína 200 mg/g) y luego la técnica infiltrativa, inyectando 0,5 ml de mepivacaína 2% con epinefrina 1:100.000 (fig. 2). Posteriormente, la lesión fue pinzada y removida completamente con el uso de una tijera quirúrgica (fig. 3). Para lograr hemostasia se realizó presión con gasa estéril sobre la zona para evitar el uso de la sutura (fig. 4). Las indicaciones postoperatorias fueron dadas a la madre, y no se recetó ningún medicamento.

La muestra fue enviada al laboratorio de patología del Hospital de Clínicas, en Curitiba, para realizar el análisis histopatológico. En la muestra enviada fue observada mucosa escamosa con hiperplasia fibrosa y fragmentos de tejido óseo sin particularidades (fig. 5), siendo el resultado de la biopsia compatible con FOP.

Una semana después se realizó la cita control y la paciente no presentaba complicación alguna, por lo que se



**Figura 2** Aplicación de anestesia por medio de la técnica infiltrativa.



**Figura 3** Remoción de la lesión.

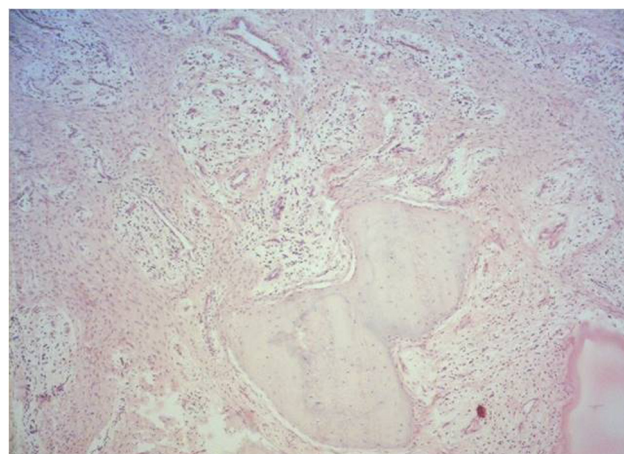


**Figura 4** Uso de gasa estéril para lograr hemostasia y evitar el uso de la sutura.

le dio de alta. Un año después, se contactó con la madre vía telefónica y esta relató que no hubo recidivas.

## Discusión

Este trabajo presenta un caso de FOP que, además de ser raro por su baja incidencia en bebés, mostró un establecimiento precoz y de rápido crecimiento, asumiendo un tamaño mayor a 1 cm en tan solo 6 meses de edad de la paciente. El FOP es una lesión poco común, con un índice



**Figura 5** Microfotografía mostrando un fragmento de mucosa escamosa con hiperplasia fibrosa y fragmentos de tejido óseo.

de prevalencia de 23% entre todas las lesiones proliferativas gingivales, con mayor incidencia entre la segunda y la tercera décadas de vida, siendo extremadamente rara en infantes<sup>9</sup>. En la literatura científica solamente se encuentran 3 trabajos que presentan casos de FOP en menores de un año<sup>3,10,11</sup>.

La etiología del FOP se atribuye a la presencia de irritantes locales como: el biofilme dental, el cálculo, las fuerzas masticatorias, prótesis mal adaptadas y restauraciones de mala calidad<sup>3</sup>. Estos factores provocan un trauma y generan una respuesta reactiva excesiva en el tejido conjuntivo gingival fibroso<sup>12</sup>. Sin embargo, la etiología específica de esta lesión cuando envuelve la dentición decidua aún no se conoce. A pesar de haber casos de FOP en infantes con dentición decidua o mixta, hay pocos datos disponibles en la literatura y no aportan evidencia. Algunos autores sugieren que el trauma generado por la remoción de un diente neonatal, asociado a la fase de crecimiento del bebé, puede resultar en un crecimiento proliferativo, como un FOP o un granuloma piógeno<sup>10,13</sup>. Con base en lo anterior, podemos sugerir que en este caso, por ser una paciente bebé que se encuentra en crecimiento, un trauma (como la extracción del diente neonatal) podría estimular el hueso alveolar, generando una respuesta inflamatoria en el periostio, que desencadene la formación de una lesión reactiva con tejido óseo en su composición.

Diferentes términos son utilizados para describir estas lesiones. Sin embargo, este caso específico se trata de un FOP, y no de un fibroma cemento osificante periférico, debido a su contenido exclusivamente óseo. Histológicamente, el FOP es un nódulo no encapsulado cubierto por epitelio escamoso estratificado, tejido conjuntivo con alto contenido de fibroblastos, miofibroblastos y colágeno. Las calcificaciones pueden estar distribuidas a lo largo del tejido conjuntivo celular, que puede ser hueso maduro, tejido osteoide, material semejante a cemento, o incluso calcificaciones distróficas. Además, en algunos casos, también se puede encontrar infiltrado inflamatorio agudo o crónico<sup>7</sup>.

En este caso, el análisis histopatológico reveló áreas de formación ósea y mucosa escamosa con hiperplasia fibrosa. La presencia de tejido mineralizado en el interior de la lesión sugiere que el FOP se desenvuelve a partir del



ligamento periodontal o del periostio, así como de células mesenquimales indiferenciadas que poseen un potencial proliferativo para formar hueso y cemento<sup>8</sup>. No obstante, existen autores<sup>14</sup> que sugieren que una lesión inicial de granuloma piógeno puede sufrir un cambio para un tipo de tejido más fibroso y calcificado, como el caso de un FOP.

En algunas ocasiones, el FOP puede mostrar signos radiológicos como calcificaciones difusas y radiopacas en el área central de la lesión; también se puede observar una erosión ósea superficial asociada a una destrucción de hueso<sup>6</sup>. Sin embargo, en el caso descrito no fue posible realizar una radiografía por tratarse de un bebé.

El tratamiento de elección para estas lesiones es la exéresis quirúrgica con márgenes adecuados, seguida de una profilaxis oral y remoción de cualquier agente potencialmente irritante<sup>1</sup>. Por ser una lesión pobremente vascularizada, y bien delimitada, es fácil removerla del hueso adyacente; sin embargo, este debe ser siempre cureteado para minimizar las posibilidades de recurrencia y conseguir el correcto sanado gingival. Aun así, la tasa de recurrencia es alta, debido a la dificultad de acceso, a la incompleta remoción de la lesión durante el procedimiento quirúrgico, o por la falla en eliminar los factores irritantes locales. Según un estudio pediátrico, el intervalo de tiempo promedio que tarda la lesión en presentar recidiva es de un año aproximadamente<sup>15</sup>. Por esta razón el acompañamiento de los casos es esencial<sup>1,8</sup>.

El FOP puede continuar creciendo, produciendo alteraciones funcionales, estéticas, e inclusive destrucción del hueso adyacente, por lo que es importante hacer la intervención quirúrgica oportunamente<sup>15</sup>. En este caso, por ser una paciente de 6 meses de edad, se optó por realizar la escisión de la lesión con una tijera quirúrgica, reduciendo el tiempo de cirugía y disminuyendo el riesgo de utilizar una lámina de bisturí en un bebé.

## Conclusión

Con base en el resultado histopatológico fue concluido que la lesión era un FOP. Este tipo de lesión no es común, y sin embargo fue encontrada en un bebé con 6 meses de edad. Como este tipo de lesiones tienen un crecimiento rápido es importante la participación del cirujano dentista para realizar un diagnóstico adecuado y evitar complicaciones futuras.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Farquhar T, Maclellan J, Dymont H, Anderson RD. Peripheral ossifying Fibroma: A case report. *J Can Dent Assoc.* 2008;74:809–12.
2. Reddy GV, Reddy J, Ramlal G, Ambati M. Peripheral ossifying fibroma: Report of two unusual cases. *Indian J Stomatol.* 2011;2:130–3.
3. Cuisia ZE, Brannon RB. Peripheral ossifying fibroma — a clinical evaluation of 134 pediatric cases. *Pediatr Dent.* 2001;23:245–8.
4. Walters JD, Will JK, Hatfield RD, Cacchillo DA, Raabe DA. Excision repair of the peripheral ossifying fibroma: A report of 3 cases. *J Periodontol.* 2001;72:939–44.
5. Sharma S, Anamika S, Ramachandra SS. Peripheral ossifying fibroma: A clinical report. *Compend Contin Educ Dent.* 2011;32:86–90.
6. Delbem A, Cunha R, Silva J, Soubhia A. Peripheral cemento-ossifying fibroma in child: A follow-up of 4 years report of a case. *Eur J Dent.* 2008;2:134–7.
7. Kumar SK, Ram S, Jorgensen MG, Shuler CF, Sedghizadeh PP. Multicentric peripheral ossifying fibroma. *J Oral Sci.* 2006;48:239–43.
8. Shetty DC, Urs AB, Ahuja P, Sahu A, Manchanda A, Sirohi Y. Mineralized components and their interpretation in the histogenesis of peripheral ossifying fibroma. *Indian J Dent Res.* 2011;22:56–61.
9. Singh S, Subbareddy VV, Dhananjaya G, Patil R. Reactive fibrous hyperplasia associated with a natal tooth: A case report. *J Indian Soc Pedo Prev Dent.* 2004;22:183–6.
10. Kohli K, Chistian A, Howell R. Peripheral ossifying fibroma associated with a neonatal tooth: Case report. *Pediatr Dent.* 1998;20:428–9.
11. Yip WK, Yeow CS. A congenital peripheral ossifying fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1973;35:661–6.
12. Mesquita RA, Orsini SC, Sousa M, de Araujo NS. Proliferative activity in peripheral ossifying fibroma and ossifying fibroma. *J Oral Pathol Med.* 1998;27:64–7.
13. Muench MG, Layton S, Wright JM. Pyogenic granuloma associated with a natal tooth: Case report. *Pediatr Dent.* 1992;14:265–7.
14. Prasad S, Reddy SB, Patil SR, Kalburgi NB, Puranik RS. Peripheral ossifying fibroma and pyogenic granuloma. Are they interrelated? *NY State Dent J.* 2008;74:50–2.
15. Das U, Azher U. Peripheral ossifying fibroma. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2009;27:49–51.